Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2015–2016

Aanhangsel van de Handelingen

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

2469

Vragen van de leden **Rutte** en **De Lange** (beiden VVD) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de tweedeling somatische en psychische spoedzorg* (ingezonden 24 maart 2016).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 3 mei 2016) Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2015–2016, nr. 2282

Vraag 1 en 2
Ben u bekend met het artikel «Tweedeling spoedzorg doet patiënt tekort»?[1]
Bent u bekend met een tweedeling tussen somatische en psychiatrische zorg die zorgt voor knelpunten in de spoedzorg, zoals de auteurs betogen?

Antwoord 1 en 2
Ik heb kennis genomen van het artikel. Ik ben ervan op de hoogte dat de spoedzorg rondom somatiek en de spoedzorg rondom psychiatrie elk op een verschillende manier zijn georganiseerd.
In 2015 heeft het SiRM[2] het rapport «Acute Geestelijke Gezondheidszorg: Knelpunten en verbetervoorstellen in de keten» opgeleverd. Dit onderzoek naar de keten van de acute GGZ heeft op mijn verzoek plaatsgevonden en heb ik u bij brief van 25 februari 2015 aangeboden (TK 2014–2015, 25 424, nr. 265). In dit rapport heeft SiRM de in het artikel genoemde tweedeling niet benoemd als één van de knelpunten in de acute GGZ.
Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft geen informatie over het bestaan van dergelijke knelpunten in de spoedzorg. Wel heeft de IGZ in 2012 en 2013 onderzoek gedaan naar de samenwerking tussen ziekenhuizen en GGZ-instellingen bij de zorg aan patiënten met herkende psychiatrische aandoeningen en somatische comorbiditeit. Naar aanleiding van dat onderzoek heeft de IGZ bij geen enkele instelling handhavingsmaatregelen hoeven treffen.

Vraag 3
Is bekend hoe vaak het voorkomt dat een psychiatrische patiënt met acute somatische problematiek op de spoedeisende hulp belandt en dat de psychische klachten niet of te laat worden herkend?

[1] Medisch Contact, maart 2016
[2] Strategies in Regulated Markets

ah-tk-20152016-2469
ISSN 0921 - 7398
’s-Gravenhage 2016

Antwoord 3
Dit is niet bekend, hiervan wordt geen aparte registratie bijgehouden. Indien in concrete gevallen sprake is van zorg die niet voldoet aan de eisen van goede zorg, dan verzoek ik partijen dit te melden bij de IGZ.

Vraag 4
Is het volgens u wenselijk om de acute somatische en psychische zorg op één locatie te laten binnenkomen? In hoeverre is triage van acute psychiatrie via de weg van de huisartsenpost en/of spoedeisende hulp mogelijk? Kan dit bijdragen aan het verlagen van de drempel voor patiënten met ernstige psychische problemen om (tijdig) naar het ziekenhuis te gaan?

Antwoord 4
Voor mij staat voorop dat sprake moet zijn van kwalitatief goede zorg, en dat alle betrokken partijen hier hun verantwoordelijkheid in moeten nemen. Er is (nog) niet één model voorhanden voor de aansluiting van de acute GGZ op de somatische spoedzorg, waarvan is bewezen dat dit het beste werkt. Naar aanleiding van het eerdergenoemde rapport van SiRM wordt door alle betrokken ketenpartners gewerkt aan het verbeteren van de acute GGZ. Tegelijkertijd wordt in het kader van de aanpak verwarde personen in verdiepingsregio's ervaring opgedaan met het inrichten van een sluitende keten op basis van de bouwstenen van het aanjaagteam. De «beoordeling en risicotaxatie» is één van deze bouwstenen. Ik wacht deze ontwikkelingen af.

Vraag 5
Herkent u het beeld van de auteurs dat rondom een (psychische) spoedpatiënt vaak veel discussie ontstaat en informatie niet of onvoldoende wordt gedeeld? Indien ja, hoe kan dit voorkomen worden?

Antwoord 5
Het beter en tijdig delen van relevante patiënteninformatie is een thema waarvoor breed in de gezondheidszorg geldt dat continue aandacht nodig is en op punten ook verbetering mogelijk is. Dat geldt zeker in situaties waar sprake is van problematiek waarvoor acuut zorg ingezet moet worden.

Vraag 6
In hoeverre is het personeel op de spoedeisende hulp in staat om psychische patiënten te herkennen en te behandelen? Kan het zo zijn dat het personeel wellicht bijgeschoold moet worden in de opvang van patiënten met een acute psychische zorgvraag?

Antwoord 6
In de opleiding tot SEH-arts wordt aandacht besteed aan de psychiatrie. Ik zal de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulpartsen (NVSHA) vragen om te bezien of dit voldoende is, dan wel of hier meer aandacht aan moet worden besteed in de opleiding tot SEH-arts.
Er zal echter hoe dan ook verschil blijven bestaan tussen de expertise van SEH-artsen en die van psychiaters, wat psychiatrische problematiek betreft. Naast goede scholing is het dan ook essentieel dat er een goede samenwerking bestaat tussen ziekenhuizen en GGZ-instellingen bij de zorg aan patiënten met zowel psychiatrische als somatische problematiek.

Vraag 7
Bent u bekend met het onderzoek dat gedaan is in Leeds (versterking psychiatrische poot op de spoedeisende hulp)? In hoeverre verschilt die aanpak met die van Nederland? Kunnen onderdelen van die aanpak in Nederland overgenomen worden?

Antwoord 7
Ja ik ben bekend met het onderzoek dat is gedaan in Leeds. Het is aan de beroepsgroepen om dergelijk onderzoek te duiden en waar relevant mee te nemen in hun beroepspraktijk en/of richtlijnen en standaarden.

Vraag 8
In hoeverre is het wenselijk om goede voorbeeldprojecten die door de auteurs worden genoemd, zoals Psycholance en het OLVG, ook in de rest van Nederland uit te rollen?

Antwoord 8
Ik vind het van belang dat er passend vervoer en goede opvang is voor mensen die verward gedrag vertonen. Goede voorbeelden van verbeteringen, zoals de Psycholance in Amsterdam, verdienen navolging en moeten wat mij betreft breed worden gedeeld, zodat andere partijen hun voordeel daarmee kunnen doen en kunnen bepalen of een dergelijk initiatief ook in hun regio toepasbaar is. Het aanjaagteam verwarde personen, dat de Minister van VenJ, de Verenging Nederlandse Gemeenten en ik in september 2015 hebben aangesteld, deelt via de website www.aanjaagteam.nl praktijkvoorbeelden uit de regio's en stimuleert gemeenten om met alle ketenpartners te zorgen voor een sluitende aanpak voor mensen met verward gedrag.

Vraag 9
Ziet u een rol voor uzelf bij de ontwikkeling van de multidisciplinaire zorgstandaard voor de acute keten en het verkleinen van de verschillen tussen de psychische en somatische acute zorg? Zo ja, op welke manier wilt u invulling geven aan die rol?

Antwoord 9
De kwaliteit van de zorg is de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders en zorgverzekeraars; de IGZ houdt hier toezicht op. Er zijn verschillende ontwikkelingen die ertoe moeten leiden dat de kwaliteit van zorg wordt verbeterd.
Zoals ik in mijn antwoord op vraag 4 heb aangegeven wordt er naar aanleiding van het rapport van het SiRM door alle betrokken ketenpartners gewerkt aan het verbeteren van de acute GGZ. In dit kader is er onlangs een handreiking vastgesteld door Ineen (met vertegenwoordigers van huisartsen-posten, crisisdiensten en GGZ Nederland) die de basis vormt voor regionale samenwerkingsafspraken tussen de huisartsenposten en de acute GGZ. Daarnaast is het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ met de betrokken partijen bezig met het opstellen van een generieke richtlijn ziekenhuispsychiatrie en een generieke module acute GGZ. De richtlijn zal naar verwachting in het najaar van 2016 worden vastgesteld, de generieke module acute GGZ zal eind 2016 worden opgeleverd. Ik heb periodiek overleg met alle betrokken ketenpartners van de acute GGZ om de voortgang en onderlinge afstemming van de in te zetten verbeteringen te bespreken.
Verder zijn verschillende partijen gezamenlijk bezig met het opstellen van een Kwaliteitskader voor de spoedzorgketen, dat naar verwachting begin 2017 wordt vastgesteld. Dit proces wordt gefaciliteerd door Zorginstituut Nederland. Ik roep de partijen op om hierbij ook aandacht te besteden aan het zorgpad van patiënten die zich bij de spoedzorg aandienen met een combinatie van klachten van somatisch lijden en psychisch lijden.